FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS DE L'AISSELLE

ET EN PARTICULIER DES PHLEGMONS PROFONDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 MARS 1889

PAR

Aimé-Marie KERAUDREN

MÉDECIN DE LA MARINE

Né au Conquet (Finistère), le 17 juin 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 28

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS DE L'AISSELLE

ET EN PARTICULIER DES PHLEGMONS PROFONDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 MARS 1889

PAR

Aimé-Marie KÉRAUDREN

MÉDECIN DE LA MARINE

Né au Conquet (Finistère), le 17 juin 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	De FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. De NABIAS

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. N....	Clin. des mal. vénér.	N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES PARENTS

Hommage de profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A Monsieur le docteur AUFFRET

Médecin en chef de la Marine,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine navale de Brest,
Officier de la Légion d'honneur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

On a beaucoup parlé et écrit sur les abcès de la région axillaire; leur étiologie, leur évolution sont aujourd'hui bien connues, et nous n'avons pas la prétention de modifier en quoi que ce soit les données précises que l'on possède sur ces points. Notre but est beaucoup plus modeste. Nous ne voulons en effet que présenter ici quelques observations de phlegmons de l'aisselle, en insistant plus particulièrement sur les phlegmons profonds, si fréquents dans les professions manuelles, et qu'à ce titre on a tant d'occasions de rencontrer chez les marins.

En même temps nous essaierons de montrer la nécessité d'une intervention chirurgicale énergique dans certains cas. Le drainage profond en particulier semble ici répondre à toutes les indications; c'est ce mode de traitement que nous avons vu appliquer à l'hôpital maritime de Brest ; c'est celui que nous allons étudier d'une façon plus spéciale.

Voici comment nous diviserons notre sujet :

I. Anatomie de l'aisselle.
II. Classification des phlegmons de l'aisselle.
III. Etiologie.
IV. Anatomie pathologique.
V. Observations.
VI. Symptomatologie et complications.
VII. Diagnostic et pronostic.
VIII. Traitement.
IX. Conclusions.

Les observations que nous citons ont été recueillies dans le service de M. le médecin en chef Auffret. Nous prions M. Auffret, qui les a si gracieusement mises à notre disposition et qui nous a guidé dans notre travail, d'accepter l'expression la plus sincère de nos remerciements.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier M. le professeur Bouchard qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PHLEGMONS DE L'AISSELLE

ET EN PARTICULIER DES PHLEGMONS PROFONDS

I

Anatomie de l'aisselle.

La connaissance complète, approfondie, des régions dans lesquelles le chirurgien est appelé à porter le bistouri, s'impose de toute nécessité. Il est donc naturel que nous préludions à l'étude de la cause, de l'évolution, de la terminaison et du traitement des abcès de l'aisselle, par celle de cette région. Disons dès maintenant pour justifier la longueur des développements qui vont suivre, que nous trouverons dans les dispositions anatomiques, la cause des variétés que présentent ces abcès, dans leur origine, leur marche et leur valeur pronostique. Nous exposerons l'anatomie en nous appuyant sur les ouvrages de Tillaux, Richet, Paulet, et M. Duval.

A l'exemple de Tillaux, nous dirons que le creux de l'aisselle

présente la forme d'une pyramide quadrangulaire à sommet supérieur et nous étudierons successivement :

A. Une paroi antérieure.

B. Une paroi postérieure.

C. Une paroi interne.

D. Une paroi externe.

E. Un sommet.

F. Une base.

G. Les organes contenus dans le creux de l'aisselle.

A. Paroi antérieure.

De beaucoup la plus importante, cette paroi nous offre à étudier une série complexe de couches musculaires et aponévrotiques. Plus ou moins épaisse suivant la musculature des individus et le développement du tissu adipeux, cette paroi constitue dans son ensemble un plan sensiblement trapézoïde dont la base, n'ayant pas de limite bien nette, se perd sur la face antérieure du thorax ; le sommet répond à l'insertion humérale du grand pectoral, le bord supérieur est indiqué par la clavicule, le bord inférieur saillant sous la peau est constitué par le bord inférieur du grand pectoral.

Par une dissection attentive, on peut observer en procédant de dehors en dedans les couches suivantes :

a). La peau.

b). Le tissu cellulaire sous-cutané, offrant une épaisseur variable suivant les individus, et dans lequel cheminent les terminaisons nerveuses des branches sus-claviculaires et sus-acromiales du plexus cervical superficiel qui ont perforé les deux couches suivantes :

c). Le fascia superficialis.

d). Le peaucier ou tout au moins l'extrémité inférieure de ses fibres.

e). Le feuillet antérieur de l'aponévrose du grand pectoral, trame cellulo-fibreuse qui s'étale sur la face antérieure du muscle, lui adhérant par des prolongements qui s'insinuent entre les faisceaux. Elle se prolonge en dedans jusque sur la ligne médiane où elle s'entrecroise avec celle du côté opposé : en dehors elle envoie un autre prolongement dans l'espace deltoïdo-pectoral. En haut elle s'insère à toute l'étendue du bord inférieur de la clavicule. Enfin, en bas elle contourne le bord inférieur du muscle pour s'unir au feuillet postérieur.

f). Le muscle grand-pectoral; c'est lui qui constitue la majeure partie du plan antérieur dont l'épaisseur est corrélative de la sienne.

g). Le feuillet postérieur de l'aponévrose du grand pectoral, trame celluleuse qui, au niveau du bord inférieur du muscle, s'adosse au feuillet antérieur et se réfléchit pour constituer l'aponévrose de la base du creux de l'aisselle. Au niveau de son point de réflexion, elle donne insertion aux fibres de l'aponévrose clavi-pectorale dont nous allons parler.

h). Une trame cellulo-fibreuse logeant les vaisseaux acromiaux et thoraciques supérieurs.

i). L'aponévrose clavi-pectorale. C'est de beaucoup la plus importante; elle mérite de fixer notre attention et demande une description complète. Désignée simplement sous le nom d'aponévrose du petit pectoral par les auteurs d'anatomie descriptive, d'aponévrose axillaire, coraco-claviculaire, clavi-axillaire par Velpeau, et d'aponévrose clavi-pectorale par Tillaux, nous lui donnerons ce dernier nom sous lequel elle est le plus généralement connue aujourd'hui. Enfin Gerdy, et nous dirons dans un instant pourquoi, la nommait ligament suspenseur de l'aisselle. On peut la considérer comme la continuation de l'aponévrose

moyenne cervicale. Cette dernière aponévrose, partie de l'os hyoïde, auquel elle adhère intimement, fournit d'abord une gaîne aux muscles sterno-hyoïdiens, sterno-cleido-thyroïdiens, omoplat-hyoïdien; puis, tandis que sa partie interne se fixe au sternum, sa partie externe forme une nouvelle gaîne à la veine sous-clavière, et enfin constitue au muscle sous-clavier un manchon fibreux par l'intermédiaire duquel elle est solidement fixée à la clavicule. Elle descend ensuite verticalement, enveloppant le petit pectoral, et va se terminer à l'aponévrose de la base du creux de l'aisselle, justifiant ainsi les dénominations de clavi-axillaire (Velpeau) et de ligament suspenseur de l'aisselle (Gerdy). Au-dessous de l'étui fibreux du sous-clavier, elle comprend deux ordres de fibres : les unes, très fortes, ligamenteuses, se portent horizontalement en dehors, pour se fixer au bord interne de l'apophyse coracoïde. Elles constituent ce que M. Duval appelle le ligament coraco-claviculaire interne. Les autres descendent verticalement, formant un tablier fibreux situé au devant des vaisseaux axillaires à leur origine, des nerfs, adhérant à la veine axillaire, et comblant l'espace compris entre le bord inférieur de la clavicule et le bord supérieur du petit pectoral, le creux sous-claviculaire en un mot. Ces fibres se dédoublent alors, enveloppent le petit-pectoral, se rejoignent au niveau de son bord inférieur, constituent sur une certaine étendue un seul feuillet qui va s'unir, comme nous l'avons dit, à l'aponévrose de la base de l'aisselle.

Cette aponévrose clavi-pectorale est assez souvent renforcée par des fibres spéciales, venant de l'apophyse coracoïde, de l'aponévrose du coraco-brachial, et de la courte portion du biceps; fibres qui augmentent singulièrement sa force (M. Duval).

j). Le muscle petit-pectoral compris dans le dédoublement de l'aponévrose clavi-pectorale.

B. Paroi postérieure au scapulaire.

Cette paroi est formée par la fosse sous-scapulaire qui recouvre le muscle de ce nom ; à sa partie inférieure cette paroi est complétée par les muscles grand-rond et grand-dorsal. Chacun de ces trois muscles est recouvert d'une aponévrose.

Il existe dans cette paroi deux espaces comblés par du tissu cellulaire plus ou moins considérable, et à travers lesquels des collections purulentes ayant pris naissance hors de l'aisselle pourraient cependant venir s'accumuler. C'est d'une part le trou quadrilatère de Velpeau, limité en dehors par l'humérus, en dedans par la longue portion du triceps brachial, en haut par le petit-rond, ou le bord inférieur du sous-scapulaire, suivant qu'on examine cet orifice par sa partie antérieure ou sa partie postérieure, enfin en bas, par les muscles grand-rond et grand-dorsal. Dans cet orifice passent le nerf circonflexe ou axillaire et l'artère circonflexe postérieure.

L'autre espace, situé en dedans et un peu au-dessous du précédent, est triangulaire, limité en dehors par la longue portion du triceps, en haut par le petit-rond ou le bord inférieur du sous-scapulaire, suivant le côté par lequel on le considère, en bas par les muscles grand-rond et grand-dorsal. Dans ce dernier trou passe la branche externe, parfois volumineuse, de l'artère scapulaire inférieure ; cette branche, après s'être séparée du tronc qui lui a donné naissance, chemine d'avant en arrière au milieu d'une assez grande quantité de tissu conjonctif, et se divise en trois rameaux une fois qu'elle est parvenue à la partie postérieure.

C. Paroi interne.

La paroi interne du creux de l'aisselle, large, convexe, répond à la face externe du thorax et aux digitations du grand-dentelé. Le long de cette paroi cheminent l'artère thoracique longue, le nerf du grand-dentelé; enfin cette paroi présente les branches perforantes des deuxième et troisième nerfs intercostaux destinées à la peau du bras. On comprend que le pus puisse fuser à travers la paroi le long de ces rameaux perforants, et venir déterminer des accidents du côté de la plèvre. C'est à cette paroi que sont fixés les ganglions lymphatiques, comme nous le dirons en parlant de ces derniers.

D. Paroi externe.

C'est la plus étroite de toutes; elle est formée par l'articulation scapulo-humérale, le coraco-brachial, la courte portion du biceps, enfin le tendon du sous-scapulaire. C'est contre elle qu'est appliqué le paquet vasculo-nerveux.

E. Sommet.

Le sommet tronqué de la pyramide qui constitue le creux de l'aisselle est dirigé en haut; il répond à l'apophyse coracoïde, et au creux sous-claviculaire dans lequel passent vaisseaux et nerfs. La veine axillaire est située en bas et en dedans, recouvrant un peu l'artére qui est plus en dehors; enfin les nerfs sont plus en dehors et plus profonds. Comme le fait remarquer Tillaux, en cet endroit vaisseaux et nerfs sont en contact immédiat.

C'est par ce sommet que les collections purulentes qui se seront

développées au cou, au-dessous du feuillet aponévrotique moyen, et qui n'auront pas été reconnues à temps, viendront se faire voir dans le creux de l'aisselle.

F. Base.

Cette base varie d'aspect suivant la position du bras. Quand celui-ci est appliqué contre le tronc, la base est réduite à une ligne courbe antéro-postérieure à concavité regardant en bas. Quand le bras est en moyenne extension, elle prend la forme d'un quadrilatère plus ou moins bombé en haut. Les bords antérieur et postérieur saillants sont constitués par le grand-pectoral d'une part, et le grand-dorsal d'autre part. Le bord interne se confond insensiblement avec les parois du thorax ; le bord externe avec la face interne du bras. Cette base est formée par la peau et une aponévrose qui se continue en avant avec celle du grand-pectoral, en arrière avec celle du grand-dorsal. Sur cette aponévrose vient se fixer, nous le savons déjà, ce que Gerdy désigne sous le nom de ligament suspenseur de l'aisselle, et auquel il attribue la convexité supérieure que forme la base du creux de l'aisselle.

La peau de cette région est fine, riche en follicules pileux et en glandes sébacées et sudoripares, sécrétant un liquide âcre à odeur spéciale. C'est ce qui nous explique la fréquence de l'intertrigo et des abcès furonculeux sous-cutanés de cette région. Ajoutons que ces abcès, tout superficiels, n'ont aucune tendance à gagner le creux de l'aisselle.

G. Organes contenus dans le creux de l'aisselle.

C'est d'abord une quantité considérable de tissu conjonctif, bien fait pour favoriser le développement des nappes purulentes et s'opposer à la guérison des abcès. Le paquet vasculo-nerveux est

étendu du sommet à la base, il est surtout appliqué contre la paroi externe. Nous avons vu quels étaient les rapports qu'affectaient entre eux les vaisseaux et les nerfs, à leur entrée dans le creux de l'aisselle ; dans l'intérieur de ce dernier, les rapports sont quelque peu modifiés.

La veine axillaire est plus superficielle que l'artère qu'elle recouvre en partie, elle est donc surtout en avant.

L'artère axillaire s'étend de la clavicule au bord inférieur du tendon du grand-pectoral : elle est appliquée contre la capsule articulaire en haut, et se termine en bas à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs du bord externe de la base de l'aisselle.

Quant aux nerfs, qui dans le creux sous-claviculaire étaient en dehors des vaisseaux et sur un plan plus profond, ils s'éparpillent dans le creux de l'aisselle autour des vaisseaux.

Les ganglions lymphatiques, très nombreux et de volume variable, « forment, dit Sappey, une sorte de chapelet, étendu du » creux de l'aisselle à la partie moyenne de la clavicule » en se groupant autour des vaisseaux. Les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la région mammaire sont appliqués contre la paroi interne, contre la paroi thoracique en un mot.

Comme ces ganglions peuvent être le siège d'adénite à la suite d'une lésion portant sur un point quelconque du territoire lymphatique auquel ils appartiennent, il est naturel que nous exposions en quelques lignes l'origine des lymphatiques aboutissant à ces ganglions.

Cinq groupes de lymphatiques constituent les branches afférentes de ces ganglions. Ce sont :

1° Les lymphatiques superficiels du membre supérieur ;

2° Les lymphatiques profonds du membre thoracique ;

3° Les lymphatiques des lombes et du dos ;

4° Les lymphatiques des parties antéro-latérales du tronc ;

5° Les lymphatiques du sein.

Parmi ces derniers on peut distinguer ceux qui viennent de la peau et ceux qui viennent de la glande même.

Ajoutons que tous ces ganglions sont sous-aponévrotiques.

Telles sont les données anatomiques que nous avons cru devoir exposer avant d'entreprendre la classification et l'étude des abcès que l'on rencontre dans cette importante région.

II

Classification des abcès de l'aisselle.

Follin et la plupart des auteurs divisent les abcès de l'aisselle, suivant leur siège anatomique, en abcès superficiels et en abcès profonds.

1° Les abcès superficiels, qui siègent le plus fréquemment à la paroi antérieure, sont tous ceux qui n'ont pas envahi le tissu cellulaire du creux axillaire.

On peut en distinguer plusieurs variétés :

a). Les uns sont simplement dus à une inflammation des glandes sébacées et des glandes sudoripares qui se trouvent en si grande abondance dans l'épaisseur de la peau formant la base de l'aisselle. Ce sont les furoncles et les abcès tubéreux.

b). Les autres se développent dans le tissu cellulo-graisseux en rapport avec la face antérieure du grand-pectoral, et on peut les désigner sous le nom d'abcès sous-cutanés proprement dits.

c et *d)*. Les abcès qui prennent naissance en avant ou en arrière du petit-pectoral, mais sans avoir franchi l'aponévrose clavi-pectorale.

Certes, au point de vue anatomique, ces deux dernières variétés d'abcès sont des abcès superficiels, mais, comme nous le verrons plus loin, par leurs symptômes et par leur marche ils se rapprochent davantage des abcès profonds. En outre, d'après les nombreux cas que nous avons été à même d'observer, sans toutefois nier leur existence souvent signalée par les chirurgiens, nous

sommes porté à penser qu'ils se développent rarement sur place ; ils seraient plus généralement consécutifs à un phlegmon profond de l'aisselle dont le pus aurait diffusé jusque dans ces régions.

2° Les abcès profonds sont tous ceux développés dans le tissu cellulaire qui remplit le creux de l'aisselle.

III

Etiologie.

L'abondante sécrétion des glandes sébacées de l'aisselle explique la fréquence dans cette région des furoncles qui sont en même temps entretenus par la malpropreté.

On peut dire aussi que la cause des abcès sous-cutanés est la même que celle des abcès ordinaires, et que la fatigue musculaire favorise peut être encore leur développement.

Souvent les malades attribuent leur mal à un coup qu'ils auraient reçu à la partie supérieure de la poitrine, et les traumatismes ne sont peut être pas en effet étrangers à l'affection.

L'étiologie des abcès profonds est plus intéressante à étudier. On peut considérer :

1° Les abcès primitifs. Ils sont causés par les différents corps étrangers pénétrant dans le creux axillaire, mais cette origine des abcès est assez rare à cause de la protection naturelle que le bras appliqué au corps offre à la région.

On a encore incriminé les courants d'air froid, mais on ne sait pas comment ils agiraient.

Ici se place cette question qui a été si souvent discutée, de savoir si le tissu cellulaire peut s'enflammer spontanément.

Le Dentu, dans le nouveau Dictionnaire, à l'article *Phlegmon,* conclut à l'existence indiscutable de l'inflammation primitive du tissu cellulaire, tout en reconnaissant que les lymphatiques sont généralement le point de départ de cette inflammation.

2° Les abcès secondaires qui sont en effet de beaucoup les plus

fréquents, sont ceux consécutifs à une adénite. C'est donc dans les lymphatiques qu'il faudra en rechercher l'origine, et principalement dans ceux des bras où ils sont les plus nombreux. Les marins et les ouvriers de nos arsenaux sont plus que les autres classes de la société exposés aux blessures et aux excoriations des doigts, et étant donné qu'ils négligent généralement les mesures d'antisepsie nécessaires, on s'explique assez bien la grande fréquence chez eux de l'affection que nous étudions.

La vaccination peut aussi, quoique rarement, donner lieu à cette classe d'abcès et nous en possédons deux cas.

La lymphangite, l'adénite peuvent venir quelquefois compliquer la pustulation vaccinale. Elles ne se produisent que rarement à la suite de l'inoculation d'un vaccin de bonne qualité. D'après les travaux de M. Maurice Raynaud, les vaisseaux lymphatiques servant plus particulièrement de canaux pour le transport du vaccin au sein des ganglions les plus voisins des points d'inoculation, où il subit une élaboration spéciale avant de se disséminer dans l'organisme, on comprend qu'une lymphe vaccinale impure puisse donner lieu à des lymphangites et à des adénites (surtout axillaires) susceptibles même de passer à l'état de suppuration. (Ernest Longet : Art. *Vaccine* du Dictionnaire encyclopédique).

A côté de ces causes déterminantes, on peut citer les causes prédisposantes résultant d'un mauvais état général, et une adénite qui, chez un homme sain, se serait terminée par résolution, arrivera à suppuration beaucoup plus facilement chez un tuberculeux ou un scrofuleux.

3° Abcès par propagation.

Cette troisième classe d'abcès est encore très nombreuse. Dans l'exposé anatomique que nous avons résumé, nous avons fait ressortir les différentes communications naturelles que présente le creux de l'aisselle avec les régions voisines. C'est ainsi qu'on a cité fréquemment des épanchements purulents de la plèvre venant

se répandre dans l'aisselle. Une carie d'une des côtes supérieures, de la clavicule, de la tête humérale, pourront également déterminer des abcès profonds.

Enfin on peut citer dans la classe des abcès par propagation, ceux consécutifs à un abcès inter-pectoral. « Le tissu cellulaire du triangle clavi-pectoral que limitent la clavicule, le bord supérieur du petit pectoral et le côté du thorax se continue avec la couche cellulo-graisseuse placée entre le grand et le petit pectoral ; il en résulte que lorsque des abcès se développent entre les deux muscles, ils peuvent, ainsi que le fait prévoir l'étude anatomique de la région, pénétrer dans l'aisselle malgré l'aponévrose axillaire en suivant les vaisseaux. » Velpeau (*Gazette médicale de Paris 1856*).

IV

Anatomie pathologique.

Nous ne parlerons pas des altérations du tissu cellulaire et des ganglions lymphatiques dans le phlegmon de l'aisselle ; ces altérations sont les mêmes que celles du phlegmon en général. La grande quantité de tissu cellulaire de la région explique facilement la présence parfois dans le pus de lambeaux de tissu sphacélé et ces vastes pertes de substance, principales causes des décollements consécutifs.

Quant aux ganglions lymphatiques, ils subissent souvent à une période plus ou moins avancée l'induration sclérosée et ils jouent alors en quelque sorte le rôle de corps étrangers dans l'aisselle.

Autrefois on croyait que les parois des vaisseaux plongeant au milieu d'une collection de pus pouvaient être attaquées et on croyait à la possibilité d'hémorragies consécutives redoutables. Ces craintes étaient exagérées. Certes, comme le disent Cornil et Ranvier, on peut rencontrer des artères dont la tunique interne a végété de manière à oblitérer complètement le calibre du vaisseau ; mais cette lésion ne se montre que dans les phlegmons chroniques et d'ordinaire, dans les phlegmons de l'aisselle, on intervient assez tôt pour éviter ces dégâts.

Cornil et Ranvier disent encore que, par suite de la pression exercée par le pus sur les petits vaisseaux, le sang s'y arrête, s'y coagule, et au niveau du coagulum il se produit une artérite qui peut être le point de départ de la rupture du vaisseau et par suite d'une hémorragie. Ces accidents, qui peuvent se produire peut-être

plus facilement à l'aisselle où les vaisseaux baignent en quelque sorte dans un lac de pus, sont néanmoins assez rares, ou du moins les hémorragies dues à ces causes ne sont pas d'une assez haute gravité pour attirer l'attention.

Les nerfs sont également respectés dans la plupart des cas : « La gaîne lamelleuse oppose à la diffusion du pus dans l'intérieur des faisceaux nerveux une barrière à peu près infranchissable; aussi voit-on dans un foyer en pleine suppuration des nerfs dont le tissu périfasciculaire est le siège d'hyperhémie, d'exsudation séreuse et même de suppuration diffuse et qui ont conservé leurs propriétés » (Cornil).

Pour que les os fussent attaqués, il faudrait une suppuration de longue durée, car, outre leur résistance propre, ils sont protégés par leur périoste.

La suppuration respecte aussi généralement les muscles et surtout les tendons, ligaments et aponévroses. Si ces dernières permettent si souvent la diffusion du pus, ce n'est pas qu'elles participent à l'inflammation de la région, mais c'est que la pression augmentant dans la loge avec la quantité du pus, celui-ci dissocie en quelque sorte les fibres de la membrane, ou passe par les différentes ouvertures naturelles qu'elle présente.

V

Observations

OBSERVATION I

Phlegmon sous-cutané.

Le Bihan, Yves, 20 ans, canonnier. Pas de maladies antérieures.

Entre le 3 avril 1888 à la salle 4, pour un phlegmon sous-cutané de la paroi antérieure de l'aisselle gauche, survenu depuis 2 jours sans cause appréciable.

Les mouvements d'élévation du bras sont douloureux.

La peau de la paroi antérieure du grand-pectoral est tendue, rouge. Le creux de l'aisselle est effacé.

Fluctuation au niveau du bord inférieur du grand pectoral.

Céphalalgie. Le soir 38,1.

4 avril : Incision de 3 centimètres sur le point fluctuant. Pus assez abondant. On met un drain à fond perdu. Lavage avec la solution phéniquée à 25 p. 1000. Pansement de Lister.

7 avril : Apyrexie. La suppuration diminue.

12 avril : On enlève le drain et on continue le pansement de Lister.

18 avril : La cicatrisation se fait bien et le 24 avril Le Bihan sort guéri.

Le 3 juin, à la suite d'une corvée fatigante en embarcation, l'orifice de l'abcès s'ouvre de nouveau et Le Bihan rentre à l'hôpital.

Peu de gêne et de douleur dans les mouvements de l'épaule. Etat général excellent.

Avec le stylet on constate un trajet fistuleux de 5 à 6 centimètres environ

se dirigeant vers les attaches sternales du grand-pectoral. Par la fistule sort un peu de pus sanguinolent.

5 juin : On agrandit l'ouverture avec les ciseaux. Drainage et pansement antiseptique.

8 juin : Presque plus d'écoulement.

12 juin : On enlève le drain.

14 juin : Le décollement est moins étendu. On introduit une mèche de chlorure de zinc.

18 juin : La cicatrisation se fait très bien. On enlève la mèche de chlorure de zinc et on applique un simple pansement antiseptique.

27 juin : La fistule est presque complètement fermée, et, 3 jours, après Le Bihan est à même de reprendre son service.

OBSERVATION II

Phlegmon sous-cutané.

Kervella (Louis), matelot de pont, 19 ans. Constitution robuste.

Entre à la salle 5 le 19 juin 1888.

Le malade accuse depuis une dizaine de jours de la gêne dans les mouvements d'élévation du bras droit. Ne sait à quoi attribuer son mal, si ce n'est peut-être à un coup de poing qu'il aurait reçu à la région pectorale dans une rixe le 7 juin.

La peau est rouge, érysipélateuse. Toute la paroi antéro-latérale du thorax est tuméfiée. Fluctuation à la partie antérieure de l'aisselle.

Peu de fièvre : 37,9.

20 juin : Incision de 4 centimètres parallèle aux fibres du grand-pectoral, donnant issue à une grande quantité de pus. La peau est décollée, et le stylet introduit par la plaie pénètre assez profondément, surtout vers la partie interne.

Drainage à fond perdu, lavages d'eau phéniquée, pansement de Lister.

23 juin : La suppuration est moins abondante. On continue les mêmes soins.

A partir de ce jour, la cicatrisation s'opère sans incidents et le 10 juillet Kervella sort de l'hôpital pour reprendre son service.

OBSERVATION III

Phlegmon profond.

Boutin (Yves), 22 ans, matelot de pont, entre à la salle 5 le 18 mars 1887.

Tempérament lymphatique. A eu la variole il y a trois mois, et revient aujourd'hui de congé de convalescence.

Le malade raconte qu'il y a environ six semaines il constata du côté droit un engorgement des ganglions axillaires dont il ne peut expliquer la cause. Il négligea d'aller voir un médecin. Quelques jours après, les mouvements de l'épaule étaient douloureux, le bras œdématié, le creux de l'aisselle tuméfié, et, environ quinze jours après le début des accidents, l'abcès s'ouvrait spontanément. Depuis cette époque la suppuration a persisté. Ce sont les seuls renseignements qu'on puisse obtenir du malade.

A son entrée, on constate un empâtement de toute la région axillaire, et l'existence d'un trajet fistuleux de sept centimètres de long se dirigeant vers le sommet du creux de l'aisselle, et auquel aboutissent de nombreux diverticulums.

T. M. 37,9 T. S. 38,2

Le 22 mars : On débride les trajets fistuleux sur la sonde cannelée et on détruit les brides cellulaires avec les doigts. Les culs-de-sac de la plaie sont ensuite badigonnés avec la pommade de chlorure de zinc au 1/5. On place un drain plongeant et on applique un pansement de Lister.

T. S. 38°

Le 23 mars : Suppuration peu abondante.

T. S. 37,8

Le 24 mars : L'amélioration persiste. Apyrexie.

Le 27 mars : Le malade est pris de frissons dans la soirée.

Le 28 mars : Le malade accuse de la céphalalgie.

T. 38,4

Les mouvements du cou sont douloureux. Le bord inférieur de la paroi antérieure de l'aisselle est épaissi ; le creux sous-claviculaire est complètement effacé. Douleur à la pression à cette région.

Le 30 : La tuméfaction de la région sous-claviculaire a augmenté. Légère fluctuation à ce niveau.

T. S. 38,2

Par la plaie de l'aisselle on introduit le trocart courbe de Chassaignac que l'on fait ressortir sous la clavicule à 3 centimètres environ de l'extrémité interne de cet os. Issue d'une petite quantité de pus sanguinolent. On passe un drain et on fait des lavages à l'eau phéniquée. Pansement de Lister.

1er avril : L'écoulement de pus se fait bien.

T. M. 37,9 T. S. 38

5 avril : Apyrexie. La suppuration est encore abondante, mais de bonne nature.

9 avril : Suppuration moindre.

Le 15 : On enlève le drain.

Le 20 : La plaie sous claviculaire est en voie de guérison. Plus de communication entre les deux plaies.

A partir de ce jour la guérison se fait très vite et le 8 mai, Boutin est mis exeat.

OBSERVATION IV

Phlegmon profond.

Grovel (Jean) apprenti timonnier, 20 ans. Antécédents morbides personnels et héréditaires nuls.

Entré le 23 août 1888 à la salle 7. A été vacciné il y a douze jours à la partie supérieure du bras gauche avec du vaccin conservé en tubes. Le

pourtour des pustules (au nombre de trois) est légèrement enflammé et présente quelques petites ulcérations.

Grovel se plaint de douleurs vives à la région axillaire gauche. Il pousse des cris lorsqu'on veut soulever le bras pour examiner le creux de l'aisselle. On constate en cet endroit un empâtement généralisé plus marqué au niveau de la base et à la partie antérieure. La pression en ce point est très douloureuse. La peau est rouge et tendue.

24 août : Incision axillaire qui donne issue à un écoulement de pus bien lié. Drainage, lavage, pansement antiseptique.

T. S. 38

26 août : Les douleurs ont légèrement diminué, mais l'empâtement persiste et est même plus prononcé du côté du grand-pectoral.

Il existe également un peu d'œdème à la région sous-claviculaire au niveau du tiers moyen de la clavicule.

Depuis deux jours la fièvre persiste.

T. M. : 37,9. T. S. : 38,6.

27 août : Fluctuation vague à la région sous-claviculaire. Incision en cet endroit ; issue d'une petite quantité de sang noirâtre et mélangé de pus. Au moyen du trocart de Chassaignac on fait passer un drain mettant en communication les deux orifices. Lavages phéniqués. Pansement de Lister.

T. S. : 38,4.

28 août : La suppuration est peu abondante.

T. M. : 37,6. T. S. ; 37,9.

Dans les quelques jours qui suivent, la suppuration diminue de plus en plus. Le 5 septembre, on enlève le drain que l'on remplace par deux petits drains plongeants placés dans chaque ouverture. Le 8, on enlève le drain de l'incision supérieure ; le 16, celui du creux axillaire. La cicatrisation est complète vers le 28 septembre, et le 3 octobre, Grovel est mis exeat.

OBSERVATION V

Phlegmon profond.

Leroy (Jean), 24 ans, ajusteur à l'arsenal. Pas de maladies antérieures. Antécédents morbides héréditaires nuls.

Entre le 29 juillet 1887 à la salle 4. S'est fait, il y a treize jours, une large érosion de la face palmaire du pouce gauche, en limant une pièce de métal.

A son entrée, on constate que cette plaie n'est point guérie. On constate en outre de la rougeur et de la tuméfaction du creux de l'aisselle. Cette tuméfaction s'étend jusqu'au-dessous de la clavicule. On perçoit de la fluctuation au-dessous de la partie moyenne de cet os, ainsi qu'à la partie antérieure du creux axillaire.

Céphalalgie, courbature. T. S. : 39,5.

30 juillet : On pratique, en arrière du grand-pectoral, une incision de 4 centimètres, qui ne donne que quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Mais la sonde cannelée, en perçant l'aponévrose, donne issue à un jet de pus fétide, épais, mêlé de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé. Au moyen du trocart courbe de Chassaignac, on pratique une contre-ouverture au bord supérieur du grand-pectoral, vers l'union du tiers interne et du tiers moyen de la clavicule, et on place un drain qui traverse les deux ouvertures. Lavages à l'eau phéniquée pratiqués au moyen d'un irrigateur. Pansement de Lister. Un pansement à l'eau phéniquée est également appliqué sur la plaie du pouce.

T. S. : 38,7.

1er août : La suppuration est abondante, mais la fièvre tend à diminuer.

T. S. : 38,1.

6 août : La suppuration diminue et a perdu sa fétidité.

8 août : La plaie du pouce est complètement guérie.

T. S. 37,6

11 août : On diminue la longueur du drain qui ne traverse plus que la plaie de l'aisselle: On applique un pansement légèrement compressif sur la plaie sous-claviculaire, qui est complètement cicatrisée le 18 août.

20 août : Suppuration presque nulle de la plaie de l'aisselle. On enlève le drain. Pansement à l'eau phéniquée.

1er septembre : Cicatrisation complète des deux orifices.

La gêne des mouvements du bras persiste, mais quelques bains sulfureux, du massage et des mouvements graduellement imprimés à l'articulation en ont bien vite raison.

12 septembre : Leroy sort de l'hôpital.

OBSERVATION VI

Phlegmon profond.

Derrien (Louis) apprenti canonnier, 20 ans. Pas de maladies antérieures.

Entré à la salle 4 le 21 janvier 1888. A été vacciné il y a deux semaines à la région deltoïdienne droite avec du vaccin conservé en tubes. Huit jours après, les mouvements de l'épaule devinrent difficiles, et Derrien fut obligé de cesser son service; à l'infirmerie de la division on le traite par les cataplasmes et les onctions mercurielles; à son entrée à l'hôpital on constate :

Tuméfaction sous la clavicule, bras œdématié, ganglions axillaires engorgés, douleurs lancinantes, tuméfaction sous la clavicule.

T. 39,3

23 janvier : La fièvre persiste. Perte d'appétit complète.

Les douleurs dans l'aisselle sont plus vives; la peau est tendue mais on ne sent pas de fluctuation.

On fait néanmoins une incision de 5 centimètres en arrière du bord inférieur du grand-pectoral.

Pus abondant. Drainage et lavage. Pendant environ 15 jours le pus est toujours assez abondant, mais l'état général est bon.

Le creux sous-claviculaire reparaît peu à peu.

9 février : Le pus est moins abondant. On enlève alors le drain. La cicatrisation se fait bien.

15 février : Très peu de pus. Le malade mange de bon appétit et les forces lui reviennent. Cette amélioration continue et le 27 février, Derrien est guéri.

OBSERVATION VII

Phlegmon profond.

Trévien (François), apprenti canonnier, 21 ans. Sa mère est morte phtisique : lui-même a les sommets douteux.

Entre le 20 avril 1887 à la salle 5. Atteint depuis 6 jours d'une adénite axillaire du côté droit, consécutive à une plaie par instrument tranchant de l'auriculaire de la main droite. Traité à l'infirmerie de la Division par les onctions mercurielles, les cataplasmes et la pommade d'iodure de plomb.

A son entrée, on constate l'empâtement et la rougeur diffuse de toute la région axillaire. Les mouvements du bras sont douloureux. Fluctuation en arrière du bord inférieur du grand-pectoral.

Céphalalgie; fièvre; T. 38°2 le matin, 39°5 le soir.

21 avril : On fait une incision de 4 centimètres à la paroi antérieure du creux axillaire. Issue d'une quantité notable de pus sanguinolent. Lavage à l'eau phéniquée ; drainage ; pansement de Lister.

Le 24 avril : La fièvre a diminué.

T. M. 37,7. — T. S. 38,1.

La suppuration est toujours abondante.

Le 29 avril : La cicatrisation marche très-lentement. Le pansement est toujours largement souillé de pus.

5 mai : La fièvre a disparu, mais l'état local est à peu près le même. Cependant la suppuration tend à diminuer.

10 mai : La suppuration diminue toujours. On enlève le drain.

15 mai : Le trajet fistuleux causé par le drain persiste toujours. Légère suppuration.

Le 20 mai : Le malade quoiqu'incomplètement guéri, sort de l'hôpital pour affaires personnelles.

Le 21 juin : Trévien rentre de nouveau à la salle 5 pour la même affection. Léger empâtement du creux axillaire. Il existe à la partie antérieure une fistule avec trajets multiples, remontant vers le sommet du creux axillaire, et par laquelle s'écoule une sérosité sanguinolente.

On agrandit la plaie de l'aisselle, et, avec la sonde cannelée, on débride largement la région, en se dirigeant du côté du thorax. Les fongosités sont ruginées énergiquement au moyen de la curette de Volkmann; ablation de trois ganglions nécrosés. Application de pommade au chlorure de zinc. Pansement phéniqué.

Le 27 juin : Le malade a été pris, le 26 au soir, d'un frisson assez violent.

T. M. 38,2.

On constate la présence d'un clapier à la partie moyenne de la région sous-claviculaire. Fluctuation assez nette en ce point.

Le malade étant endormi par le chloroforme, on introduit par la plaie de l'aisselle le trocart courbe de Chassaignac, que l'on fait ressortir sous la clavicule, et qui sert de conducteur à un gros drain que l'on fixe à demeure. Suppuration abondante.

28 juin : Le malade a passé une bonne nuit. T. M. 37,9. Le pus s'écoule en quantité assez notable par le drain. T. S. 37,9.

2 juillet : La fièvre a disparu. La suppuration diminue. L'appétit et les forces reviennent.

6 juillet : On enlève le drain.

11 juillet : Les deux ouvertures ne communiquent plus entre elles, et la plaie sous-claviculaire marche rapidement vers la cicatrisation.

19 juillet : La plaie de la région sous-claviculaire est presque complètement fermée. Celle de l'aisselle ne donne plus lieu qu'à une très légère suppuration.

27 juillet : La plaie sous-claviculaire est cicatrisée. Celle de l'aisselle est réduite à un petit point de suppuration insignifiant.

3 août : Le malade sort de l'hôpital complètement guéri.

VI

Symptomatologie.

Les abcès sous-cutanés proprement dits (nous ne parlerons pas de l'inflammation des glandes sébacées et des glandes sudoripares) ne présentent rien de particulier. Leurs caractères sont ceux de toute inflammation. Le malade commence par éprouver de la gêne dans les mouvements de l'épaule ; bientôt la douleur apparaît de plus en plus vive en même temps que la peau devient rouge et tuméfiée.

Lorsque le pus siège plus profondément, on a, comme nous l'avons dit, généralement affaire à un abcès du creux axillaire dont le pus a diffusé. Le grand pectoral peut être soulevé jusqu'à ses attaches sternales, la fluctuation est parfois difficile à constater, la douleur et la gêne des mouvements sont plus accusées, et les phénomènes généraux sont ceux des abcès profonds.

Nous avons vu, en étudiant leur étiologie, que les abcès du creux de l'aisselle sont généralement consécutifs à une adénite. On remarque en premier lieu des traînées d'angioleucite le long du bras, principalement à sa face interne plus riche en lymphatiques, engorgement d'un ou de plusieurs ganglions de l'aisselle, mouvements du membre presque impossibles, et surtout les phénomènes généraux, parfois très graves, qui ne tardent pas à apparaître. Dans certains cas même, ils semblent s'établir avant les symptômes locaux, et ceci s'observe surtout dans les adénites infectieuses, à la suite d'une piqûre anatomique par exemple. Le malade se plaint de céphalalgie, de nausées, d'anorexie. La fièvre

est parfois très élevée et peut atteindre 40 degrés. On a même noté du délire chez certains individus.

Au moment où la suppuration commence à s'établir, on perçoit une fluctuation très circonscrite si un seul ganglion est atteint, beaucoup plus étendue si l'inflammation a gagné le tissu cellulaire environnant, mais cette fluctuation est souvent très difficile à constater, et il ne faut jamais attendre qu'elle soit bien nette avant d'intervenir. En même temps la peau de l'aisselle est tendue, le bras œdématié, et si l'abcès est abandonné à lui-même, il peut s'ouvrir spontanément ; nous en rapportons un exemple (obs. III). Il en résulte alors des fistules et des décollements très longs à guérir.

COMPLICATIONS

Les abcès de l'aisselle, surtout les abcès siégeant dans le creux de l'aisselle, sont sujets à de nombreuses complications que nous allons exposer rapidement.

Nous ne reviendrons pas sur les lésions que peuvent présenter les vaisseaux et les nerfs de la région ; nous en avons parlé en traitant de l'anatomie pathologique.

La diffusion du pus, c'est là surtout la complication que le chirurgien doit le plus redouter.

Nous avons vu dans l'exposé anatomique que nous avons fait de la région, les communications naturelles que présente le creux de l'aisselle avec les régions voisines : en haut avec le cou, mais le pus obéissant plus généralement aux lois de la pesanteur, n'aura pas de tendance à remonter de lui-même s'il n'y est aidé par la position déclive de la tête, qui n'est pas ordinairement celle que prend le malade.

En avant sa marche sera plus facile, et c'est surtout entre les

deux pectoraux qu'il viendra fuser. Nous en citons quelques exemples dans nos observations, et il en résulte alors des décollements souvent très étendus.

Le pus pourra également venir se mettre en rapport avec la plèvre après avoir traversé le muscle grand dentelé et les muscles intercostaux, et y déterminer un épanchement purulent. On a souvent cité le cas du fils de J.-L. Petit. Les pleurésies purulentes liées à un abcès de l'aisselle ne sont pas rares en effet, mais il est généralement admis aujourd'hui que c'est par voisinage que naissent ces épanchements. « Deux fois, dit Velpeau, j'ai vu les grands abcès de l'aisselle amener un épanchement pleurétique mortel par simple transmission médiate », et il cite à ce sujet l'autopsie d'une jeune fille morte dans son service, à laquelle on trouva un épanchement purulent sans aucune communication avec l'abcès. Paul Reclus aussi a remarqué que les séreuses en rapport avec les abcès s'épaississent et que les néo-membranes forment une barrière que le pus ne peut franchir.

Une complication également très fréquente, ce sont les décollements. Leur pathogénie est la même que celle des décollements du creux ischio-rectal; grande abondance de tissu cellulaire et mouvements incessants de l'articulation s'opposant à la cicatrisation.

Lorsque le ganglion s'est vidé de son contenu, il ne reste plus que la coque ganglionnaire, et les auteurs ont depuis longtemps signalé la présence de cette coque ganglionnaire comme jouant un grand rôle dans la formation des fistules.

On peut encore citer comme complications les cicatrisations vicieuses déterminant une adhérence de la peau de la partie interne et supérieure du bras au thorax, mais elle est de peu d'importance car il est en général facile d'y remédier.

VII

Diagnostic.

Il y a d'abord à faire le diagnostic des phlegmons de l'aisselle entre eux.

Le phlegmon sous-cutané se reconnaîtra facilement à la rougeur de la peau plus accusée que dans les autres variétés, à la fluctuation plus superficielle, et au peu de gravité des symptômes généraux.

Lorsque sur l'une des parties du corps, d'où partent les lymphatiques se rendant aux ganglions de l'aisselle, on trouve la trace d'une excoriation plus ou moins récente, que le malade dit s'être aperçu au début d'un engorgement des ganglions et de traînées d'angioleucite, et si enfin les phénomènes généraux sont plus accusés, le diagnostic de phlegmon profond s'impose presque de lui-même. D'ailleurs l'examen de la région donnera les meilleurs renseignements à ce sujet, quoique dans certains cas la fluctuation soit peu nette alors que cependant la suppuration est très avancée.

Le rhumatisme articulaire pourrait au début soulever quelques difficultés, à cause de l'empâtement de la région, de la douleur provoquée par les mouvements, mais il suffira d'y songer pour éviter toute confusion.

Le diagnostic d'avec la myosite est souvent plus délicat. Le malade éprouve en effet de la douleur dans le muscle qui est atteint. On constate en même temps de la tuméfaction, un gonflement indolent des parties voisines, et notamment une sorte d'empâteme t mou, œdémateux du tissu celullaire sous-cutané.

Mais ces symptômes sont ordinairement de courte durée, cinq à dix jours, et il ne reste plus dans la région malade qu'un peu d'endolorissement et quelquefois de l'induration.

Il peut arriver que le foyer phlegmatique suppure, surtout quand il occupe le grand pectoral,et dans ce cas on constate comme dans le phlegmon sous-cutané, de la rougeur de la peau et de la fluctuation, en même temps que le malade est pris de fièvre. Il faudra alors interroger surtout les commémoratifs : si le malade croit pouvoir attribuer son mal au froid ou à une fatigue exagérée, on songera plutôt à une myosite, quoique nous ayons vu que ces causes puissent peut-être déterminer un phlegmon.

Un anévrysme axillaire sera facilement reconnu. Il n'en est pas de même de l'anévrysme diffus, et M. Tillaux a fait à la Société de chirurgie un rapport sur un cas de ce genre : M. Housel (de Boulogne-sur-Mer) avait pris un anévrysme diffus de l'aisselle pour un phlegmon, et l'incision qu'il pratiqua lui montra de suite son erreur. Il lia d'ailleurs aussitôt le vaisseau rompu au-dessus et au-dessous de la poche.

Aussi, pour éviter ces accidents, conseille-t-on de toujours appliquer l'oreille sur l'aisselle au moment d'opérer, et, si on a le moindre doute, examiner l'état du pouls et le tracé sphygmographique de la tumeur inflammatoire.

Quant aux différentes tumeurs pouvant occuper le creux de l'aisselle, on les reconnaîtra surtout à l'absence de symptômes aigus. D'ailleurs, bientôt, signe caractéristique, quand la tumeur aura acquis un certain développement, le bras sera maintenu en abduction ; dans un abcès de l'aisselle, au contraire, les mouvements d'abduction sont difficiles et douloureux.

PRONOSTIC

Comme pour beaucoup d'autres affections, il est très difficile, en face d'un abcès de l'aisselle, de poser le pronostic. Ce pronostic est entièrement subordonné aux complications qui peuvent survenir, et tel abcès qui, traité à temps, eût guéri assez rapidement, pourra occasionner des désordres sérieux si le malade n'a pas recouru à temps à l'intervention chirurgicale.

On peut néanmoins dire que, d'une manière générale, les abcès profonds sont beaucoup plus dangereux que les abcès superficiels, et que leur guérison demandera un temps bien plus long. De plus, l'abcès étant même complètement cicatrisé, le malade éprouvera encore pendant longtemps une gêne plus ou moins grande dans les mouvements du bras, ceux d'abduction principalement.

Il faut aussi craindre les récidives qui sont très fréquentes, surtout chez les individus prédisposés, tels que les scrofuleux et les tuberculeux, et en général tous ceux qui sont astreints à des travaux nécessitant les exercices fatigants des bras. Le Dentu dit à ce sujet qu'il n'est pas rare chez les scrofuleux de voir le phlegmon de l'aisselle passer à l'état chronique et se terminer tantôt par la transformation du tissu en fongosités, d'autres fois par une induration lardacée ou scléreuse.

VIII

Traitement.

Au début on emploiera les cataplasmes, les sangsues, les onctions mercurielles; les compresses d'eau chaude ont également donné de très bons résultats.

Dès que la fluctuation est manifeste, il faut se hâter d'intervenir et, après avoir préalablement bien rasé la région, ouvrir une large voie au pus. En principe, dit Delamotte, on n'ouvre jamais trop tôt les abcès du cou et de l'aisselle, et les observations montrent tous les jours les dangers que l'on peut faire courir au malade en retardant l'opération. Il peut arriver que l'incision ne donne pas de pus, mais, même dans ce cas, l'intervention du chirurgien a été utile, et depuis déjà longtemps on a préconisé ce que l'on appelle les incisions préventives. Quand le pus se sera formé, il trouvera en quelque sorte une porte ouverte et n'aura pas tant de tendance à fuser dans les régions voisines.

Connaissant à fond l'anatomie de la région, il est presque impossible de léser l'artère axillaire ou sa veine, car en portant le bistouri de haut en bas sur la paroi interne de l'aisselle, en tenant le bras élevé, on est loin des vaisseaux. Seule l'artère mammaire externe peut être intéressée, mais il serait facile d'arrêter une hémorragie consécutive à l'ouverture de cette artère.

On fera autant que possible cette incision là où la fluctuation est la plus nette, en arrière du bord inférieur du grand-pectoral, et au point le plus déclive, de manière à favoriser l'écoulement des liquides septiques, tout en se rapprochant le plus possible de la paroi thoracique.

Lorsque le pus a fusé entre les deux pectoraux, que le creux sous-claviculaire est complètement effacé, qu'on y perçoit la fluctuation, c'est alors le cas de faire une contre-ouverture. On fera avantageusement cette contre-ouverture au moyen du trocart courbe de Chassaignac qu'on introduit par la plaie de l'aisselle et qu'on fait ressortir au devant de la clavicule, en se rapprochant du bord interne.

En s'entourant de toutes les précautions nécessaires, on évitera facilement d'embrocher les vaisseaux. D'ailleurs le chirurgien qui craint cet accident peut préalablement introduire un bénique, et sur l'extrémité de ce bénique qui fait saillie sous la peau, inciser couche par couche, et passer ensuite son trocart qui servira de conducteur au drain.

Quelques chirurgiens se servent du thermo-cautère, mais ce moyen ne nous a pas paru offrir de sérieux avantages sur le bistouri qu'on manie toujours avec plus de sûreté.

Lorsque le pus s'est écoulé, on place à demeure un drain bien aseptique, on fait des lavages, et, s'il existe des décollements, on se hâte de modifier les parois de la poche, ou avec de la teinture d'iode, ou mieux avec des caustiques tels que la pâte de chlorure de zinc au 1/5 qui donne tous les jours de si bons résultats.

Dans les anciennes fistules multiples, dites en pomme d'arrosoir, une intervention plus radicale est souvent nécessaire : après avoir endormi le malade, on fait immédiatement en arrière du grand-pectoral une longue incision parallèle au bord inférieur de ce muscle, en utilisant cependant autant que possible les ouvertures qui existent déjà ; on excise les bourgeons charnus de mauvaise nature, on gratte largement la poche, on enlève les ganglions nécrosés, véritables corps étrangers qui entretiennent la suppuration. Mais pour enlever ces ganglions, il faut agir avec beaucoup de prudence, et ne se servir pour ainsi dire que du doigt, car un instrument tranchant introduit un peu profondément pourrait occasionner des désordres sérieux.

Il faudra bien immobiliser le bras, après l'avoir séparé du thorax par un coussin. Si cette position maintenue pendant trop longtemps a déterminé quelques brides cicatricielles, il sera, en général, facile de les exciser; d'ailleurs, si cela est nécessaire, on pourra recourir à l'autoplastie.

Le traitement de l'état général ne doit pas être négligé, et les toniques et les reconstituants ne pourront que hâter la marche de la guérison. Les douches et les bains sulfureux sont également d'une grande utilité.

Enfin, si l'individu est scrofuleux ou tuberculeux, le traitement de l'état général sera particulièrement indiqué, et l'on prescrira l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, le grand air de la campagne et des bords de la mer, la bonne nourriture, etc..... Malheureusement ce sont là des prescriptions qu'il est souvent très difficile au marin et au soldat de suivre.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conlusions suivantes :

1° Que les abcès profonds de l'aisselle sont relativement fréquents dans nos hôpitaux maritimes;

2° Qu'ils sont souvent sujets à récidives;

3° Que lorsque leur guérison se fait attendre, ils nécessitent un traitement chirurgical énergique;

4° Que ce traitement consiste surtout en larges incisions, drainage profond, grattage des parois de la poche, aidés des caustiques dans certains cas et des moyens antiseptiques actuels.

Vu : *le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 février 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

SAPPEY. — Traité d'anatomie descriptive.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

PAULET. — Anatomie topographique.

RICHET. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale.

VELPEAU. — Anatomie chirurgicale.

LABOULBÈNE. — Anatomie pathologique.

CORNIL et RANVIER. — Traité d'histologie pathologique.

CHASSAIGNAC. — Mémoire sur l'emploi du drainage chirurgical.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE. — Articles : *Abcès, aisselle, angioleucite, lymphangite, phlegmon, vaccine.*

ARTHUR LESIGNE. — Phlegmons de la paroi antérieure de l'aisselle (Thèse de Paris, 1882).

DOMINGO SANCHEZ TOLEDO Y HERNANDEZ. — Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire (Thèse de Paris, 1888).

VERNEUIL. — Gazette des hôpitaux 1854.

Bulletin de la Société de chirurgie 1876.

13,210. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.